



**UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



# **Violencia sexual: un problema de salud pública.**

**Sexual violence:  
a public health problem**

**Trabajo Fin de Grado**

Para la obtención del título de Graduada en Enfermería

Autora: Celia Rodríguez Freire

Directora: Ángela Fernández Rodríguez

Curso académico 2020-2021

[crf541@alumnos.unican.es](mailto:crf541@alumnos.unican.es)

## Aviso de responsabilidad UC

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## Índice

Aviso de responsabilidad UC.....	2
Resumen.....	4
Abstract .....	4
Introducción .....	5
Objetivos generales y específicos .....	7
Metodología .....	7
Descripción de los capítulos .....	8
Capítulo 1: Conceptualización de la violencia sexual .....	9
Capítulo 2: Marco legal de la violencia sexual .....	14
Derechos humanos y legislación internacional.....	14
Legislación en Europa.....	15
Legislación en España y Cantabria .....	17
Capítulo 3: Salud pública .....	18
Determinantes de la Salud .....	20
Determinantes Sociales de la Salud .....	21
Capítulo 4: Papel de la enfermería en la violencia sexual.....	22
Conclusiones .....	26
Referencias bibliográficas .....	27

## Resumen

La violencia sexual supone un grave problema de salud pública que conlleva numerosas consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Las grandes organizaciones internacionales que velan por los derechos humanos y por los derechos de la mujer abordan este problema mediante la realización de numerosos pactos y estrategias que se modifican constantemente para adaptarse a la actualidad.

La violencia sexual, influenciada por los determinantes de la salud y los determinantes sociales, precisa del abordaje de los mismos desde la prevención de los factores de riesgo y de un equipo multidisciplinar bien preparado que incluya médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y asociaciones de ayuda.

El papel de las enfermeras es de gran importancia por la cercanía y el nivel de confianza que pueden conseguir con la víctima o con las personas a las que proporciona prevención primaria y secundaria. La escasez de evidencia científica que respalde el correcto funcionamiento de protocolos o seguimiento de las víctimas hace que no haya una forma ideal del abordaje de la violencia sexual. Las intervenciones deben ser abordadas por personal sanitario adecuadamente preparado.

Palabras clave: delitos sexuales, factores de riesgo, enfermería, salud pública.

## Abstract

Sexual violence is a serious public health problem with numerous physical, psychological and social consequences. The major international organizations concerned with human rights and women's rights are addressing this problem through the implementation of numerous covenants and strategies that are constantly being modified to keep pace with current events.

Sexual violence, which is influenced by health and social determinants, requires an approach based on the prevention of risk factors and a well-prepared multidisciplinary team including physicians, nurses, psychologists, social workers and support associations.

The role of nurses is of great importance because of the closeness and level of trust they can achieve with the victim or with the people to whom they provide primary and secondary prevention. The scarcity of scientific evidence to support the correct functioning of protocols or follow-up of victims means that there is no ideal approach to sexual violence. Interventions should be approached by adequately trained health personnel.

Key words: sexual offenses, risk factors, nursing, public health.

## Introducción

Según la OMS la violencia sexual se define como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (1).

La violencia sexual se encuentra presente entre nosotros tantos años como los que lleva la humanidad en el mundo. A pesar de ello, como normal general se ha intentado ignorar o no darle la importancia que requiere (1).

Ya en la prehistoria se testimoniaba cómo las mujeres comenzaron a estar discriminadas, un ejemplo fue el *título de posesión* de un cuerpo femenino, en el cual un hombre, poseedor de una mujer, tenía que defender a esa mujer de otros hombres, finalizó siendo perjudicial para ellas por las agresiones que sufrían por parte de otros hombres en contra de los hombres poseedores (2). También en la mitología griega y romana se documentaban violaciones y agresiones sexuales a mujeres, niños y hombres. Un ejemplo, es el *Rapto de las mujeres Sabinas*, que describe la violencia sexual en conflictos armados, un acontecimiento que sucede poco después de la fundación de Roma, en la cual los romanos secuestran a las mujeres de los sabinos, mientras a ellos les echan y finalmente lo sabinos declaran la guerra a los romanos (3).

Durante conflictos armados posteriores no fue diferente, ya que el Tribunal Penal Internacional en 1996 reconoció como crimen de guerra que para la antigua Yugoslavia las mujeres musulmanas de Foca fueron sometidas a violencia en grupo y otros crímenes sexuales. También la violencia sexual fue reconocida en el genocidio de Ruanda en el año 1994, en el cual; los miembros del grupo Hutu cometieron crímenes de violencia sexual sobre las mujeres de la etnia Tutsi. A pesar de ello, durante las guerras anteriores se documentó violencia sexual pero no se le dio valor (4).

Durante la Segunda Guerra Mundial, se realizaron violaciones masivas a las mujeres alemanas por parte del Ejército Soviético; o las “mujeres confort”, esclavas sexuales que utilizaba el ejército japonés para elevar la moral de la tropa. También surgieron muchas víctimas de violencia sexual durante la partición de las actuales India y Pakistán (5).

En la guerra de los Balcanes, se comenzó a visibilizar la violencia sexual como arma de la guerra que llevaba tantos años realizándose (5). Al no poder definir las cifras exactas, la autora Cynthia Cokburn realizó ciertas preguntas para explicar la complejidad del análisis: *¿Cuántas mujeres que murieron también habían sido violadas? ¿Cómo contabilizar las violaciones repetidas? ¿Y las violaciones en grupo? ¿Podría contarse como violación la prostitución forzada? ¿Cómo estimar la violencia sexual no denunciada? ¿Y los casos de quienes sí buscaron ayuda, pero no quedaron registrados?* (6)

En España, durante la guerra civil, tanto en el bando nacional como en el republicano se realizaron actos de violencia sexual sobre las mujeres, utilizándolo como una poderosa arma de guerra. La historiadora francesa, Maud Joly explicó las denominadas “violencias sexuadas” que definía como “violencias físicas que implican la mutilación, la degradación, la humillación de las identidades sexuadas en el cuerpo femenino en guerra.” Esta autora se centró en experiencias sufridas por las mujeres del bando republicano. A estas mujeres se les rapaba, purgaba, violaba y humillaba. El cuerpo de la mujer significa un frente tanto político como sexuado. Un aspecto que se consideraba una estrategia de humillación era el rapar a las mujeres, que significa una mutilación punitiva ya que después de ello se las paseaba o se las exhibía en la plaza pública (7). Se realizaron violencias sexuadas en todo el territorio nacional e incluso personajes importantes como Queipo de Llano incitaba y tapaba estos actos sexuales a las mujeres (8).

En el bando republicano también se utilizó la violencia sexual para afirmar el poder varonil frente a las acusaciones de afeminamiento que venían del otro bando. Asimismo, las violaciones representaban odio contra la religión, por ello lo sufrieron muchas monjas y religiosas. Un caso para destacar es el de Piedad, una mujer católica, del bando franquista que fue asesinada y violada por varios miembros de un comité republicano (8).

A pesar, del conocimiento adquirido, se siguen cometiendo estos crímenes en conflictos armados durante la actualidad en lugares como Siria, República Democrática del Congo, Sudan del Sur, Sudán, Myanmar, Colombia o República Centroafricana (6).

Actualmente, no solo en momentos bélicos existe violencia sexual. En todos los países sigue siendo un grave problema que forma parte del día a día pero ha comenzado a coger mayor relevancia en los últimos años por casos mediáticos y significativos como puede ser el de “La Manada” u otros similares. El 35% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual. A pesar de ello, es un problema que en muchas ocasiones sigue siendo invisible, solo el 20% de las víctimas denuncian dichos hechos, lo prefieren esconder por miedo (9) (10). Las mujeres tienen miedo a sentirse juzgadas, a que se ponga en duda su relato, a enfrentarse a ello, a la culpabilización (11).

En 2015 se realizó un informe del Eurostar que contabiliza el número de delitos sexuales denunciados, muy probablemente menor al número de delitos perpetrados. En el informe se contabilizó que más de 190.000 mujeres habían sufrido delitos sexuales durante el año 2015. El 42% fueron violaciones. Además, el 99% de los detenidos eran hombres. Los países con más agresiones sexuales fueron Inglaterra y Gales, seguidos de Alemania, Francia, Suecia y Bélgica. Según el número de habitantes, los países con más delitos sexuales fueron Suecia con 178 delitos por cada 100.000 habitantes y Reino Unido con 432 (11). Ese mismo año la Agencia de los Derechos Fundamentales (FRA) de la UE realizó una encuesta a 42.000 mujeres de todos los países de la Unión Europea. Se concluyó que una de cada 20 mujeres había sido violada desde los 15 años y las más vulnerables son las mujeres de temprana edad. El 12% de las encuestadas habían sufrido agresión o algún incidente sexual por un adulto. El 30% de ellas habían sido víctimas de violencia sexual tanto por su pareja actual o anteriores como en la infancia, y otro 10% fue víctima de violencia sexual durante la infancia (12).

En España, según el Ministerio del Interior, se observa que durante los últimos años se ha experimentado un crecimiento de los casos. Los espacios donde más suceden estos hechos son en la vivienda y anexos. El 78% de los delitos son agresiones y abusos sexuales y el resto de los delitos corresponde al 22% restante. El número de delitos que fueron investigados en 2018 de 8.379 y en 2019 fue de 9.638. En Cantabria, en el año en 2018 el total fue de 108 y la tasa por cada 10.000 habitantes de 1,8 y en 2019 el total de los hechos es de 107 y la tasa también es de 1,8 y Se investigaron 74 y 71 casos respectivamente en 2018 y 2019 (13) (14).

La distribución por Comunidades Autónomas de los delitos sexuales del año 2019 puede verse en la tabla 1.

Con respecto a los condenados en España según el Instituto Nacional de Estadística (INE) han ido aumentando: 332 en 2017, 408 en 2018 y 548 en 2019. Estos datos se pueden relacionar con la concienciación y visibilidad que la sociedad está dando a este problema. En Cantabria los datos son muy similares en los tres años, 5 delitos sexuales condenados 2017 y en 2019, y 7 en 2018 (15).

**Tabla 1: Delitos sexuales en cada Comunidad Autónoma**

Comunidad Autónoma	Total hechos conocidos	Tasa delitos/10.000
Andalucía	2.510	3,0
Aragón	330	2,5
Asturias	193	1,9
Islas Baleares	743	6,5
Canarias	907	4,2
Cantabria	107	1,8
Castilla y León	507	2,1
Castilla y La Mancha	520	2,6
Cataluña	3.034	4,0
Comunidad Valenciana	1.749	3,5
Extremadura	214	2,0
Galicia	634	2,3
Madrid	2.215	3,3
Murcia	535	3,6
Navarra	232	3,5
País Vasco	668	3,0
La Rioja	93	2,9
Ceuta	23	2,7
Melilla	33	3,8

**Fuente: Ministerio del interior (13) (14)**

### Objetivos generales y específicos

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar la violencia sexual como problema de salud pública.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contextualizar la violencia sexual durante la historia y el estado actual.
- Revisar los aspectos legislativos sobre la violencia sexual.
- Describir los determinantes de la salud relacionados con la violencia sexual.
- Analizar el papel de la enfermería en la violencia sexual.

### Metodología

Para el presente Trabajo Fin de Grado se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la violencia sexual hacia las mujeres. Esta búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo mediante buscadores específicos y bases de datos, Google Académico, Único de la Universidad de Cantabria, PubMed o Cuiden Plus. Además, organizaciones fidedignas como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización de las Naciones Unidas (ONU) o datos oficiales sacados del Gobierno de España.

Para limitar la búsqueda bibliográfica se han utilizado los siguientes descriptores Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y sus respectivas traducciones en los Medical Subject Headings (MeSH).

Descriptor DeCS	Descriptor MeSH	Identificador único
Delitos sexuales	Sex Offenses	D012742
Factores de riesgo	Risk Factors	D012307
Enfermería	Nursing	D009729
Salud pública	Public Health	D011634
Igualdad de género	Gender Equality	DDCS057445

Se han combinado los distintos descriptores con los operadores booleanos, AND, NOT y OR.

Se han definido unos criterios de inclusión: escrito en español o inglés, de acceso gratuito y libre, descriptores DeCS o MeSH presentes en el título de los artículos y la antigüedad de los artículos no sea más de 10 años (2011-2021). El último criterio se ha ampliado en algunos artículos por la importancia de la información obtenida. El material utilizado han sido guías de práctica clínica, artículos de revistas, artículos de libros, trabajos científicos, Trabajos de Fin de Grado y páginas web oficiales.

Se ha procedido a la lectura de los títulos y de los resúmenes de los artículos seleccionados, tras una lectura exhaustiva de ello se descartan la información necesaria para la realización del trabajo.

## Descripción de los capítulos

Este trabajo se encuentra dividido en cuatro capítulos:

**Capítulo 1: Conceptualización de la violencia sexual.** En este capítulo se definen los conceptos previos a la violencia sexual y la violencia sexual y las consecuencias que deja. Además, se diferencian los tipos de violencia sexual y se definen.

**Capítulo 2: Marco legal de la violencia sexual.** En este apartado se explican los derechos, artículos y leyes que respaldan los derechos de mujer y penalizan la violencia sexual. Igualmente, se analizan las estrategias, planes o plataformas de las grandes organizaciones.

**Capítulo 3: Salud pública.** En este capítulo se explica qué es la salud pública, los determinantes de la salud y los determinantes sociales y se relacionan con la violencia sexual.

**Capítulo 4: Papel de la enfermería en la violencia sexual.** En el cuarto y último capítulo se detallan los tres tipos de prevención que existen y la importancia del papel que tiene la enfermería en cada uno de ellos.



## Capítulo 1: Conceptualización de la violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (16).

Produce 1,4 millones de muertes al año, es una de las principales causas de muerte entre la población de 15 y 44 años, el 56% de las muertes son por suicidios, el 33% están causadas por terceros y el 11% por violencia colectiva o guerras. Es responsable del 14% de las defunciones en hombres y el 7% en mujeres. Además, el riesgo a sufrir muertos por violencia es más alto en los países con ingresos bajos o medios que los países con ingresos más altos, y dentro de los países, en las zonas más pobres, la violencia también es más común (17). Las personas que más sufren violencia son las mujeres, los niños y las personas mayores. El 25% de toda la población adulta ha sufrido maltrato físico durante la infancia, un 20% de las mujeres ha sufrido abuso sexual durante la infancia, el 33% de las mujeres ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja y el 6% de los adultos han sufrido violencia en el último mes (18).

La violencia es un problema de salud pública reconocido por la OMS en 1996, sin una definición clara de ello, ya que no presenta una exactitud científica y contiene una estrecha relación con la cultura y los valores de cada sociedad, lo que es aceptable o inaceptable. Por ejemplo, antiguamente estaban correctamente vistos los castigos físicos en los colegios británicos, y actualmente un profesor puede ser procesado por cualquier tipo de violencia. Al depender de los valores del país se intentó llegar a un consenso mediante la Declaración Universal de Derechos Humanos realizada en 1948 para tener unas normas muy parecidas (19).

Para reconocer que la violencia es un problema de salud pública se debe comprender como un problema global y comprenderlo desde todas sus formas, incluyendo que prolonga una mala salud durante toda la vida, por lo que las políticas y las actividades deben estar respaldadas por investigaciones para abordarlo desde todas las perspectivas. Asimismo, es importante contabilizar los datos tanto para demostrar la gravedad del problema como para sensibilizar a la población, un aspecto muy difícil porque el 60% de los países no tienen unos datos fiables, por lo que en muchas ocasiones no se puede comprobar si las medidas que se ponen en marcha son útiles (19).

Las acciones que se deben seguir deben tener una estrecha relación con los factores que promueven la violencia. Algún ejemplo de los factores son el consumo de alcohol, la atención parenteral inadecuada, los niños que sufren rechazo, castigos físicos severos y abusos sexuales. Estas últimas causas tienen una estrecha relación con un comportamiento agresivo y antisocial en edades adultas (18).

Por lo tanto, que los países lo consideren como problema de salud pública hace que los países realicen programas y leyes para la prevención y la ayuda de las víctimas (20).

Las estrategias que aconseja la OMS son “favorecer las relaciones sanas, estables y estimulantes entre los niños y sus padres y cuidadores; fomentar las aptitudes para la vida en los niños y los adolescentes; reducir la disponibilidad y el consumo nocivo de alcohol; reducir el acceso a las armas de fuego y las armas blancas; y promocionar la igualdad en materia de género para prevenir la violencia contra la mujer”(18).

Las consecuencias de la violencia pueden verse en la tabla 2.

**Tabla 2: Consecuencias de la violencia en el comportamiento y la salud**

Consecuencias físicas	Consecuencias en la salud mental	Consecuencia en la salud sexual y reproductiva	Enfermedades crónicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lesiones abdominales o torácicas o cerebrales</li> <li>▪ Quemaduras</li> <li>▪ Fracturas</li> <li>▪ Desgarros</li> <li>▪ Discapacidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abuso de alcohol y drogas</li> <li>▪ Depresión y ansiedad</li> <li>▪ Trastorno por estrés postraumático</li> <li>▪ Trastornos de la alimentación y el sueño</li> <li>▪ Deficiencias de la atención</li> <li>▪ Hiperactividad</li> <li>▪ Comportamiento de externalización</li> <li>▪ Tabaquismo</li> <li>▪ Pensamientos suicidas</li> <li>▪ Comportamiento suicida</li> <li>▪ Prácticas sexuales de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embarazos involuntarios</li> <li>▪ Complicaciones en el embarazo</li> <li>▪ Abortos peligrosos</li> <li>▪ Trastornos ginecológicos</li> <li>▪ Síndromes de dolor complejo</li> <li>▪ Dolor pélvico crónico</li> <li>▪ VIH</li> <li>▪ Otras infecciones de transmisión sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Artritis y asma</li> <li>▪ Cáncer</li> <li>▪ Trastornos cardiovasculares</li> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Problemas renales</li> <li>▪ Hepatopatías</li> <li>▪ Accidentes cerebrovasculares</li> </ul>

**Fuente: La Organización Mundial de la Salud. (18)**

La violencia se puede dividir de varias maneras, la principal es en tres grandes grupos, según el autor del acto violento (19):

- La violencia contra uno mismo: son los relacionados con el comportamiento suicida y las autolesiones. Se considera comportamiento suicida desde las ideas de suicidio hasta la realización del acto.
- La violencia interpersonal: es la violencia ejercida sobre otra persona, y se puede dividir en dos subcategorías
  - Violencia intrafamiliar o de pareja: se produce entre los miembros de la familia o compañeros sentimentales, suele suceder en el hogar, aunque no es exclusivo.
  - Violencia comunitaria: individuos no relacionados entre sí, que se pueden conocer o no. Generalmente suceden fuera del hogar.
- La violencia colectiva: son miembros de un mismo grupo contra otro grupo o individuos que buscan un objetivo común. Son ejemplos de violencia colectiva los conflictos armados, terrorismo, genocidio u otras violaciones de los derechos humanos.

Según la naturaleza del acto se puede dividir en (19):

- Violencia física
- Violencia sexual
- Violencia psicológica
- Privaciones y desatención

Estos tipos de violencia pueden darse en cualquiera de los grupos señalados anteriormente, con excepción de la violencia sexual que no se da habitualmente contra uno mismo (19).

Una de las formas más habituales de la violencia interpersonal es la violencia contra la mujer. En la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer realizada en 1993 en Nueva York la define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”(21).

La Delegación del Gobierno en Contra de la Violencia de Género, realizó, en 2019, una macroencuesta sobre violencia contra la mujer, que demostró que el 11% de las mujeres mayores de 16 años han sufrido violencia física por parte de su pareja. Además, 1 de cada 2 mujeres han sufrido algún tipo de violencia machista (22).

La violencia contra la mujer se puede manifestar de varias maneras (23):

- Violencia contra mujer y niñas en ámbito privado: este tipo es el maltrato en el hogar o la violencia de pareja. Es la más común. Este tipo de violencia incluye:
  - Violencia física: consiste en causar daño golpeándola, dándole patadas, quemándola, agarrándola, pellizcándola, tirándole del cabello, mordiéndola, denegando atención médica u obligando al consumo de alcohol o drogas.
  - Violencia sexual: consiste en obligar a la pareja a participar en un acto sexual sin su consentimiento.
  - Violencia emocional: consiste en la manipulación de las emociones, por ejemplo, en desgastar la autoestima de una persona, mediante críticas o insultos o no permitiendo ver a su familia o amigos.
  - Violencia económica: consiste en lograr o intentar la dependencia financiera de una persona a otra. Se manifiesta principalmente mediante la prohibición de ir a la escuela o al trabajo.
  - Violencia psicológica: conlleva la provocación del miedo mediante la intimidación. Amenazas, dañar mascotas o bienes, forzarla a aislarse de sus amigos o su familia, en muchas ocasiones con los hijos.
- Femicidio: se refiere al asesinato intencionado de una mujer por el hecho de serlo. En la mayoría de los casos, los que comenten los crímenes son parejas o exparejas de las víctimas. Es la punta del iceberg de toda la violencia sufrida. En este tipo de violencia se incluyen los asesinatos por honor, que consiste en asesinar a una mujer o una niña por el hecho de faltar al honor de la familia; suele ser relacionado con la pureza sexual y con transgresiones por parte de familiares de sexo femenino.
- Trata de personas: consiste en la adquisición y explotación de personas utilizando la fuerza, el fraude, la coacción y el engaño. Atrapa a millones de mujeres y niñas en todo el mundo, que muchas de ellas posteriormente padecerán explotación sexual.
- Mutilación genital femenina: procedimientos que consisten en la resección total o parcial de los genitales externos femeninos, destinados a alterar o causar daños por razones no médicas (24).
- Matrimonio infantil: cualquier matrimonio en el que uno de los dos tenga menos de 18 años. Las niñas tienen más probabilidad de casarse siendo menores que los niños.

- Violencia en línea o digital: cualquier acto de violencia que se comete o se agrava por el uso de tecnologías.
  - Ciberacoso: envío de mensajes intimidantes o amenazantes.
  - Sexteo o sexting: envío de mensajes o fotos de contenido explícito sin autorización de la persona que lo recibe.
  - Doxing: publicación de información privada o significativa sobre la víctima.

La violencia sexual se define como “cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra la voluntad de otra persona, ya sea que ésta no haya otorgado su consentimiento o que no lo pueda otorgar por ser menor de edad, sufrir una discapacidad mental o encontrarse gravemente intoxicada o inconsciente por efecto del alcohol o las drogas” (23). En muchas ocasiones se coacciona a la víctima para mantener relaciones sexuales, y esa coacción puede abarcar el uso de la fuerza, la intimidación psicológica, la extorsión y las amenazas, por lo que en muchas ocasiones la violencia sexual no es aislada, sino que se manifiesta con otros tipos de violencia como la física o la psicológica (1)(25).

Puede ser sufrida por hombres, mujeres, niños o niñas, aunque las víctimas que más lo sufren son las mujeres y los hombres son los que más lo perpetúan (26). Es una de las formas más significativas de violencia contra las mujeres, una violación de sus derechos y libertades (22).

Se manifiesta de diversas formas; puede implicar o no contacto corporal, la utilización de personas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual, la mutilación genital femenina y la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (1).

La violencia sexual ocurre en el momento que la mujer es sometida a contactos, insinuaciones o acciones de naturaleza sexual no consentidas, que comprenden desde expresiones verbales con connotación sexual, «piropos», acciones invasivas con objetos sexuales o penetración por vía oral, anal y vaginal hasta confiscaciones de su cuerpo con fines comerciales, actos que pueden atentar contra la capacidad reproductiva de la mujer. Asimismo, incluye la violación en el matrimonio, violación por conocidos o desconocidos, insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual, violación sistemática, esclavitud sexual, por ejemplo, fecundación forzada, abuso sexual de personas mental o físicamente discapacitadas, violación y abuso sexual a niños o formas tradicionales como matrimonio o cohabitación forzada y “herencia de viuda”(1).

La violencia sexual implica una gran variedad de comportamientos: el abuso sexual es cualquier tipo de actividad sexual no deseada, que puede incluir contacto físico, sin violencia o intimidación y sin consentimiento; puede haber penetración o proposiciones verbales explícitas y caricias y para ello el agresor puede usar la fuerza física, las amenazas o la administración de drogas o alcohol a su víctima. Los abusadores sexuales suelen ser una población muy heterogénea (27).

Por todo esto el abuso sexual puede dividirse en (27):

- Abuso sexual con contacto: abarca contacto físico con la boca, pecho, genitales, ano y otras partes del cuerpo, que la motivación del agresor sea su propia satisfacción.
- Abuso sexual sin contacto: no existe presencia de contacto físico, por ejemplo, insinuaciones sexuales, masturbaciones, espionaje, producción de material pornográfico, comentarios seductores u obscenos.

La violación es un tipo de abuso sexual que incluye penetración sexual, sin consentimiento, mediante amenazas, coacción emocional o físicamente otra persona. La mayoría de las mujeres son violadas por alguien que conocen, su pareja o un familiar (27)(28).

La agresión sexual es el contacto físico sexual, con o sin presencia de acceso carnal, en el cual el agresor puede valerse de violencia o intimidación (28).

El acoso sexual, también es considerado un tipo de violencia sexual, y se manifiesta mediante chantajes o amenazas de tipo verbal y física para conseguir actos de tipo sexual. Suele suceder en lugares de trabajo. Se utilizan dos formas de acoso (27):

- Chantaje: coacción sobre la víctima obteniendo un beneficio laboral mediante la realización de actos sexuales
- Ambiente laboral hostil: la víctima sufre intimidación o humillación.

La explotación sexual es el abuso sexual que involucra a menores de edad o adultos para satisfacción de ellos mismo o de otras personas, con remuneración económica o de otro tipo. Abarca muchas actividades. Un tipo de explotación es la prostitución, que se define como la “actividad u ocupación de la persona que tiene relaciones sexuales a cambio de dinero.” Pero en la explotación, la persona no decide libremente iniciarse en esta práctica sino que se ve obligada por otras personas (29). Otro tipo de explotación sexual es el turismo sexual, que consiste en que personas de nacionalidad extranjera mantenga relaciones sexuales con mujeres o menores (30).

La trata de personas se manifiesta mediante la utilización de ellas para una ganancia en muchos casos sexual. Existen tres fases: la primera es el enganche, en la que se recluta a la persona, mediante datos familiares, internet, viajes, agencias, etc.; la segunda fase es el traslado, que se lleva a la víctima al lugar de destino; y la última fase, es la explotación en el cual la víctima se somete a diversas actividades en contra de su voluntad y sin ninguna remuneración económica (27).

Otras formas de violencia sexual más antiguas son los matrimonios forzados, en los cuales, la mujer, generalmente de corta edad, es obligada a casarse con una persona; suelen ser las mujeres de corta edad, y la herencia de viuda, en el cual la viuda es obligada a casarse con un familiar de su marido fallecido, normalmente un hermano (31) (32).

## Capítulo 2: Marco legal de la violencia sexual

### Derechos humanos y legislación internacional

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) nace el 10 de diciembre de 1948 por los “actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad” que sucedieron durante la Segunda Guerra Mundial, en búsqueda de la justicia y paz y proteger a los derechos de todas las personas en todo el mundo. Está compuesto por 30 derechos y libertades, siendo todos igual de importantes, y todos los países deben proteger todos los derechos humanos para todas las personas sin ser discriminadas (33).

Las mujeres tienen derecho a no sufrir violencia por el hecho de ser mujeres. Derecho a no ser maltratadas ni asesinadas, a no vivir con miedo de ser agredidas sexualmente, a no ser discriminadas, a decidir por su cuerpo, su sexualidad, a expresarse libremente y no ser perseguidas o asesinadas (22). Esto se ve reflejado en el Artículo 1: *«Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos»*. Otros ejemplos de artículos que abarcan esto son el Artículo 4: *«Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas»*. Artículo 5: *«Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes»*. Artículo 16 *«1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. 2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio. 3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado»* (34).

Tras la realización de la DUDH, se aprobaron varios pactos, mecanismos y leyes para afrontar la lucha en igualdad de mujeres y hombres. En 1966 se aprobaron dos pactos: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los cuales tienen en común en el artículo 3 la igualdad en los derechos civiles, políticos, en los económicos, sociales y culturales. (35) Artículo 3 *«Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto.»* (36) Artículo 3 *«Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto»* (37).

En el año 1979 en la Asamblea General de las Naciones Unidas se aprobó el Convenio sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, está considerado el documento jurídico internacional más importante en contra la discriminación de las mujeres. Contiene 30 artículos que detallan la discriminación en todas sus formas y manifestaciones y las maneras de poner fin a ello. Además, recoge la obligación de buscar medidas para la igualdad de género en la legislación nacional. No se redacta la violencia contra la mujer, con respecto a esto, solo se hace referencia a la prostitución en el artículo 6. Artículo 6 *«Los Estados Parte tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer.»* Por lo tanto, el convenio fue muy necesario para conseguir la igualdad entre el hombre y la mujer mediante la modificación del papel tradicional en la sociedad (38).

La supervisión del Convenio anterior está a cargo del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, compuesto por 23 expertos en los derechos de la mujer. Los países cada 4 años tienen que presentar informes que demuestran el cumplimiento del convenio (35).

En el año 1985 se describió el nacimiento del feminismo mundial durante la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer:

Igualdad, Desarrollo y Paz. En él se orientaron estrategias y bases para aclarar asuntos que afectaban a las mujeres (39).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) durante la Asamblea General sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en 1993 definió la violencia contra la mujer y los derechos para su eliminación, los Estados se comprometieron a asumir sus responsabilidades (39).

En el año 2010 la ONU creó la ONU Mujeres, organización dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Trabajan conjuntamente los gobiernos de los países miembros para creación de leyes, políticas, programas y mecanismos necesarios para garantizar la igualdad de las mujeres y las niñas. Desde su creación, se han realizado varios acuerdos internacionales (40).

- Plan estratégico de ONU Mujeres, 2018-2021: detalla objetivos y enfoques para apoyar la igualdad de las mujeres y las niñas. Contribuye y apoya a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.
- Convenio sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el Protocolo Facultativo: este escrito se había realizado previamente pero es utilizado en la actualidad por la validez que presenta. Es conocida como la “carta de derechos de las mujeres”.
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: establece compromisos con los gobiernos para aumentar los derechos de las mujeres.
- Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU sobre Mujeres, Paz y Seguridad: rompió uno de los grandes silencios de la historia, dio a conocer la discriminación que sufrieron las mujeres y las niñas durante los conflictos armados. Las nueve resoluciones concluyeron una mejoría para las mujeres en los países que sufren conflictos armados.
- Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) una de sus metas era combatir las desigualdades. El Objetivo 5 de los ODS se refiere a la igualdad: «*lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas*» (41) y el Objetivo 3 de los ODM «*promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer*»(42).

El Consejo de Derechos Humanos creó un Grupo de Trabajo en 2010 para eliminar las leyes que discriminan a las mujeres (35).

En septiembre de 2017, la Unión Europea y la ONU se unieron para realizar la *Iniciativa Spotlight*, una iniciativa orientada a eliminar las formas de violencias contra las mujeres y las niñas. El nombre Spotlight significa foco en inglés, refiriéndose a que esta violencia se tapa, y se oculta en la oscuridad y debemos sacarlo a la luz y conseguir eliminarlo (43).

Además, existen días significativos para el reconocimiento de los logros de las mujeres y para dar a conocer la violencia que se sigue sufriendo: el 8 de marzo es el Día Internacional de la Mujer, y el 25 de noviembre el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres (39).

Existe una Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW), principal órgano internacional intergubernamental que se dedica a promover la igualdad y el empoderamiento de la mujer. Un ejemplo de lo que hace esta comisión es dar a conocer la realidad que viven las mujeres y elaborar normas (39).

## Legislación en Europa

En 2011 se realizó el Convenio de Estambul para abordar las formas de violencia hacia la mujer en Europa. Constituye el primer convenio por parte de Europa con respecto a la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Se reconoce como una violación de los derechos humanos y

como forma de discriminación. Es el primer tratado que define de forma correcta el concepto género, esto quiere decir que no sólo se diferencia las mujeres y los hombres con el sexo biológico, sino que también el género se establece socialmente por comportamientos característicos (44).

Como objetivo fundamental, se establece la tolerancia cero sobre este tipo de violencia. El Convenio presenta varios fundamentos (44).

- *Prevenir la violencia, proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores.*
- *Crear conciencia y cambiar la mentalidad de las personas, en particular, hombres y niños, para que cambien su actitud.*
- *Mayor igualdad entre hombres y mujeres, ya que la violencia surge de la desigualdad de género.*
- *Asegurar las necesidades de las víctimas y establecer servicios de apoyo para ellas, psicológico, jurídico, refugios de acogida y líneas telefónicas 24 horas al día.*
- *Con respecto a la repercusión penal, asegura el delito y la sanción por la violencia contra la mujer y medidas de protección durante las investigaciones y los procedimientos judiciales.*

Además, reconoce todo tipo de violencia: violaciones constantes durante los conflictos armados, violaciones y violencias sexuales, la violencia doméstica, incluyendo la violencia doméstica a los niños como víctimas, también incluye la mutilación genital femenina, matrimonios forzosos, acoso, aborto forzado y la esterilización forzada, que previamente no estaban incluidos en los sistemas jurídicos como delitos. Para aplicar el convenio se establece un mecanismo para evaluar la aplicación. Consta de dos bases: el Grupo de Expertos en la lucha contra las mujeres y la violencia doméstica (GREVIO), compuesto por expertos independientes y el Comité de las Partes, compuesto por representantes oficiales de los Estados Parte del Convenio (44).

El Consejo Europeo lleva publicando desde 2010, tres estrategias de Igualdad de Género cuyos objetivos se encuentran adjuntados en la Tabla 3, en ellos se tienen en cuenta los acontecimientos que pasaban en ese momento y la búsqueda de la igualdad de género, asimismo, comenta políticas y proyectos para el cumplimiento de los objetivos. La primera abarca del año 2010-2015, la segunda entre 2016 al 2019 y la tercera y última, de 2020 al 2025. Próximamente, en 2021-2027, se darán fondos para la igualdad de género, mediante programas y subvenciones (45)(46).



**Tabla 3: Estrategias de Igualdad de Género**

<b>Estrategias para Igualdad de Género 2010-2015</b>	<b>Estrategias para Igualdad de Género 2016-2019</b>	<b>Estrategias para la Igualdad de Género 2020-2025</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Independencia económica para mujeres y hombres</i></li> <li>○ <i>Salario y trabajo de igual valor</i></li> <li>○ <i>Igualdad en toma de decisiones</i></li> <li>○ <i>Dignidad, integridad y fin de la violencia sexista</i></li> <li>○ <i>Igualdad en la acción exterior</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Aumento de la participación en el mercado laboral y promoción de independencia económica de mujeres y hombres</i></li> <li>○ <i>Reducción en la diferencia salarial, ingresos y pensiones.</i></li> <li>○ <i>Igualdad entre mujeres y hombres en la toma de decisiones.</i></li> <li>○ <i>Apoyo y protección con las víctimas de violencia de género.</i></li> <li>○ <i>Igualdad de género y de los derechos.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Liberar a las mujeres del acoso y la violencia de género.</i></li> <li>○ <i>Contrarrestar los estereotipos de género</i></li> <li>○ <i>Igualdad salarial por el mismo trabajo</i></li> <li>○ <i>Igual conciliación en la vida familiar</i></li> <li>○ <i>Mejorar acceso a servicios de guardería y otros servicios de asistencia.</i></li> <li>○ <i>Equilibrio entre mujeres y hombres en las decisiones y actividad política</i></li> <li>○ <i>Lograr participación en la igualdad de los sectores económicos</i></li> </ul>

Fuente: Comisión Europea (45)(46)

### Legislación en España y Cantabria

El Código Penal publicado en el BOE el 24/11/1995 dedica el Título VIII a delitos contra la libertad sexual (Artículos del 178 al 194), dividiendo este título en 6 capítulos, en los que define y tipifica las penas de las agresiones sexuales (Capítulo I), de los abusos sexuales (Capítulo II), del acoso sexual (Capítulo III), de los delitos de exhibicionismo y provocación sexual (Capítulo IV) y de los delitos relativos a la prostitución (Capítulo V). El Capítulo VI está dedicado a disposiciones comunes a los capítulos anteriores (47).

En 2004 se aprueba la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en la que obliga a desarrollar a las Comunidades autónomas leyes para “la prevención, protección y recuperación de la víctima y la persecución del delito”(48).

En el año 2017, el Congreso de Diputados y la Ponencia del Senado aprobó el Pacto de Estado en materia de Violencia de Género, basado en el Convenio del Consejo de Europa en 2011, consta de 292 medidas basadas en la prevención, protección de víctimas (48).

La Comunidad Autónoma de Cantabria publicó en el BOE la Ley 1/2004, de 1 abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas, que desarrolló a través del Decreto 64/2006, 8 de junio publicado en BOC el 19 de junio de 2006. Esta ley tiene como objeto, de acuerdo con el Artículo 1, «*Constituye el objeto de esta Ley la adopción de medidas integrales para la sensibilización, prevención y erradicación de la violencia de género, así como la protección, atención y asistencia a las víctimas y a sus hijos e hijas o personas sujetas a su tutela o acogimiento*»(49).

## Capítulo 3: Salud pública

La salud se definía antiguamente como la ausencia de enfermedad. Considerada una definición escasa, en 1948 la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”(50). Edward S. Rogers y John Folder, dieron un enfoque dinámico a la definición de salud: “la salud es un continuo con graduaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte.” En 1971, Alessandro Seppilli, agrega a la definición el bienestar mental e integra al ser humano dentro un ambiente natural y social. En 1978, en la Conferencia Internacional Alma-Ata, define la salud como un bienestar biológico y psicosocial. Se pone en manifiesto que la salud es un recurso en la vida diaria, no el objetivo de la vida (51).

En la Carta de Ottawa, en 1986, se amplía el concepto de salud, y queda asociado a la paz, el acceso a una vivienda, recursos económicos y alimenticios, un uso sostenible de los mismos y el mantenimiento de un ecosistema saludable. La OMS hoy en día considera la salud como un derecho humano fundamental, por lo que todas las personas deben tener acceso a recursos sanitarios básicos (50).

Otro concepto importante relativo a la salud pública al que se hará referencia es la calidad de vida. En 1966, nuevamente la OMS definió la calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses.” Desde entonces, la OMS, se ha centrado en buscar instrumentos para medir la calidad de vida. En 1988, en el Informe Acherson, se introduce el concepto de calidad de vida asociado a la salud pública (52).

La salud pública es la parte de la salud colectiva o social. Ha estado presente en toda la historia, por ejemplo, en las civilizaciones antiguas:

En Mesopotamia crearon el código Hammurabi, un texto que entro otros muchos temas trataba sobre la medicina y la salud. En Egipto valoraban mucho la higiene, y existían leyes sobre la limpieza, también recopilaron en papiros escritos médicos, documentos quirúrgicos o rituales curativos. La Civilización Hebrea en el Tanaj documenta códigos de higiene, y aislaban a los enfermos de lepra. Los griegos prestaban mucha atención a la higiene personal. En esa época nació el considerado padre de la medicina, Hipócrates, que utilizaba palabras como epidemia o endemia. En el Imperio Romano, crearon los acueductos y fueron los que asentaron las bases de la salud pública (53).

En los siglos posteriores, no se hacen muchos avances con respecto a la salud pública: durante la Edad Media se descuidaron los servicios públicos, se abandonó el baño periódico, y ello, asociado al bajo nivel socioeconómico y los conflictos bélicos, hizo que se produjeran grandes pandemias (53).

Al principio de la Edad Moderna, tampoco se le prestó demasiada atención a la salud pública. Lo más notable de este periodo fue la publicación de las 7 reglas de Paracelso, que daban consejos para mantener una buena salud o mejorarla (53).

Durante el periodo científico, Edwin Chadwick, un reconocido reformista inglés, comenzó a recoger datos sobre los enfermos ingleses y las medidas de saneamiento del país. Seguidamente, elaboró un informe que sirvió para que la Public Health Act elaborase la primera ley sanitaria de Inglaterra (54). Así mismo, John Snow, conocido actualmente como “El Padre de la Epidemiología Moderna”, realizó un gran trabajo para prevenir la propagación del cólera en Londres. Años después se realizaron más informes sobre problemas de salud pública (55).

No obstante, no es hasta 1920, cuando se define por primera vez el concepto de Salud Pública. El responsable de ello fue el Dr. Winstow y definió este término como: “la ciencia y arte que

pretende prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para: el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación para la salud, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de la enfermedad y el desarrollo de un mecanismo social que garantice el gozo del derecho natural de la salud” (51). Actualmente, la OMS lo establece como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Consiste en prolongar la vida mediante la mejora de la salud y de su calidad a través de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud (50).

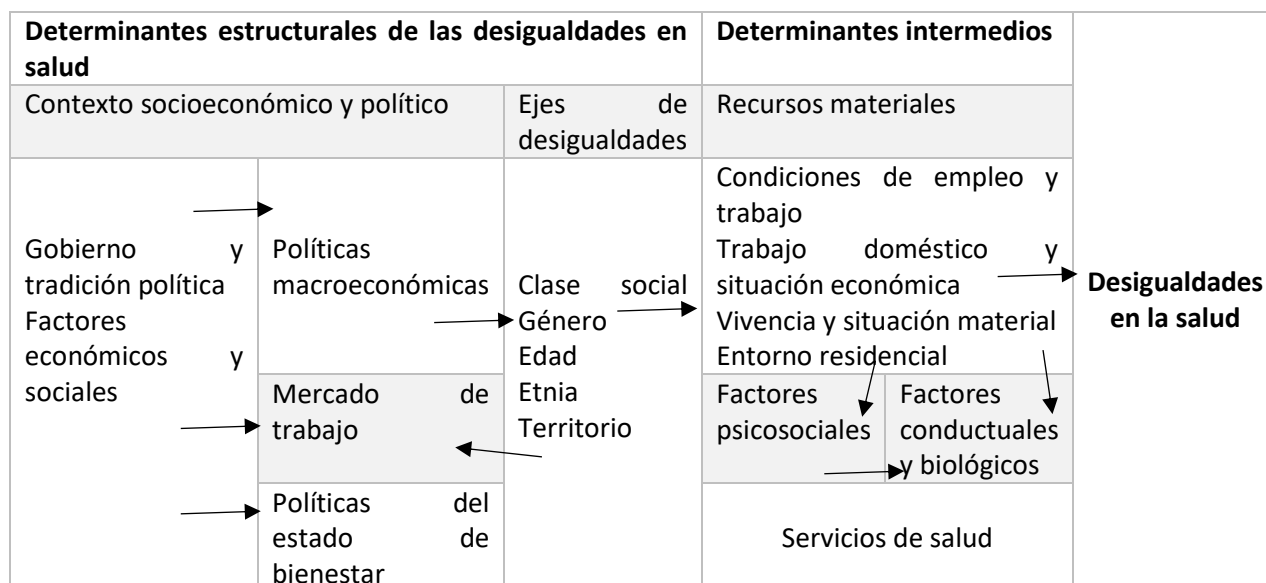
- Prevención de la enfermedad abarca tanto la prevención de la aparición de la enfermedad como la reducción de los factores de riesgo y la detención de avance y la atenuación de las consecuencias.
- Promoción de la salud consiste en mejorar la salud mediante un aumento del control de ella. Abarca acciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades y la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas, por lo tanto, incrementa el control sobre los determinantes de la salud.

En 1974, Marc Lalonde, ministro canadiense de Salud, determinó que la salud está compuesta por cuatro campos interdependientes y modificables: el campo biológico, el medio ambiente, el estilo de vida y los sistemas sanitario. La OMS los define como el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y poblaciones (56)(57).

- Medio Ambiente: son los factores externos del cuerpo relacionados con la salud. Aquí se agrupan los factores físicos, biológicos, ambientales, sociales, psicosociales y socioculturales.
- Biología Humana: son los factores relacionados con la genética, los procesos de maduración y envejecimiento y los aparatos internos del organismo.
- Estilo de vida: aquellos factores relacionados con los hábitos, la alimentación, la actividad física, las conductas de riesgo, la actividad sexual, etc. Este determinante está totalmente bajo el control de las decisiones que se toman.
- Sistema Sanitario: los factores relacionados con la calidad, accesibilidad y financiación de los servicios de salud.

Existe un marco conceptual, que se representa en la Tabla 4 que explica los factores determinantes de las desigualdades en la salud. Este marco presenta dos factores principales: los factores estructurales y los intermedios (58).

Otros determinantes relacionados con la salud pública son los determinantes sociales de la salud, definidos por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Son el resultado de la distribución del dinero, el poder, los recursos a nivel mundial, nacional y local”(59).

**Tabla 4: Marco conceptual de las desigualdades sociales en salud**

**Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España. Basado en Solar e Irwin y Navarro(58)**

Por lo tanto, se puede entender que la violencia sexual, además de una violación contra los derechos humanos, es un problema de salud pública que no diferencia de culturas, religiones, clases sociales o edades. Conlleva muchas consecuencias importantes para la salud de las mujeres con respecto su calidad de vida. Para poder entenderlo así, se debe comprender como un problema social cuyas raíces están en la cultura y la sociedad. Durante muchos años, se ha normalizado al hombre como un ser superior con respecto a la mujer, siendo esto respaldado por instituciones como el Estado o la Iglesia. Por esta razón, se debe asociar la violencia sexual a los determinantes sociales de la salud (60).

### Determinantes de la Salud

Los enfoques biológicos explican que el agresor tiene algo inherente en su naturaleza, que no se aprende o se adquiere por experiencia, y por ello algunos hombres actúan de manera violenta y con conductas sexuales y otros no (61). A pesar de no existir datos evidentes, los comportamientos biológicos están localizados en el mismo lugar del cerebro mediante los mismos neurotransmisores y las mismas hormonas, y ambos favorecen la violencia sexual.(57) Existen trastornos que se asocian con los hombres maltratadores y el más común es el de la “personalidad sádica”, un trastorno de personalidad asociado a la satisfacción que se obtiene al humillar a los demás. En una de cada dos ocasiones es asociado con un trastorno de personalidad paranoide, narcisista y antisocial (62).

Los estilos de vida no saludables el consumo de alcohol, drogas presentan un papel de gran importancia con respecto a la violencia sexual ya que se asocia el consumo a la presencia de conductas violentas (60).

El Sistema de salud también tiene un alto peso en la violencia sexual con ciertas actitudes y conductas que agravan la violencia. Esto se ve reflejado en el miedo a ofender, la falta de entrenamiento por la escasez de protocolos tanto en atención primaria como en la especializada y la falta de tiempo y los aspectos culturales que se adquieren de la sociedad. Por ello, las mujeres sufren la violencia por el abusador y por los profesionales que las responsabilizan (60).

Los factores medioambientales, se relacionan con la educación del agresor. Las actitudes socioculturales que facilitan y apoyan la violencia sexual pueden dar origen a esta violencia. Las experiencias vividas en la infancia o las situaciones de agresiones sexuales directas o hacia gente cercana estimulan la futura sexualidad (60).

## Determinantes Sociales de la Salud

Los factores socioculturales explican que las clases más bajas pueden ser más violentas que las clases medias y altas. Una escasa educación, un bajo nivel de desarrollo económico nacional o la falta de autonomía que pueden tener las mujeres son algunos de los factores que explican el aumento de casos de violencia sexual en personas de este nivel. Aunque, las clases más ricas tienen más recursos para escapar de las denuncias que se interponen hacia el acusado, por lo que en muchas ocasiones, no se relaciona la agresión sexual con personas de nivel de vida bajo. El desarrollo de la globalización ha generado la posibilidad de que se formen nuevas maneras de explotación sexual (1).

La tradición de ciertas religiones ha permitido la violencia contra la mujer e incluso aceptarla por la sociedad. Justificando así la idea de la superioridad del hombre sobre la mujer, siendo ellas dependientes de ellos. Un ejemplo es la idea de pureza en la mujer, en la cual el sexo se base solamente en la procreación sin permitir el placer sexual, al contrario que los hombres, que pueden vivir su vida sexual libremente. Otro ejemplo son las mujeres que obedecen las órdenes de los hombres, como la norma que obliga taparse el rostro por respeto al patriarca de la familia (1)(60).

En el ámbito laboral, el miedo a sufrir agresiones está presente a la hora de escoger un empleo determinado. Socialmente, se asocia a la mujer con aquellos empleos peor remunerados que los que pueden escoger los hombres. Por esto, muchas mujeres no pueden dejar una relación ya que no son independientemente económicas como para permitirse estar solas (63).

La sociedad crea roles, estereotipos y expectativas suponiendo lo que debe hacer un hombre y lo que debe hacer una mujer. Trata las relaciones como desiguales y sustenta la violencia de género. Se ve reflejado en la cultura patriarcal mediante la familia, la escuela, las instituciones laborales o la religión. Justifica la violencia sexual creando situaciones en las que se culpabiliza a la mujer de haber sido agredida mediante comentarios como “seguro que ella lo provocó” o “llevaba escote y minifalda” (60).

La escasez de vida social de la víctima está relacionada con una mayor probabilidad de sufrir violencia de género, asimismo las mujeres que sufren dicha violencia tienden a aislarse de su red social por miedo a sus parejas o por sufrir violencia en un ámbito privado. Por esto, cobra una gran relevancia el apoyo de la familia y las amistades a la hora de prevenir y afrontar dichas situaciones (60).

La estructura familiar, constituida por las interacciones entre los diversos integrantes de la familia, tiene un gran peso a la hora de la prevención. Una vinculación patológica puede generar trastornos de personalidad y un incorrecto desarrollo emocional que aumentan la posibilidad de desarrollar conductas relacionadas con el abuso sexual. La disciplina estricta, padres agresivos, alcohólicos y haber sufrido o visto abusos sexuales en la niñez hace que impedir la agresión sexual sea muy difícil y se generen situaciones de aislamiento social o de relaciones interpersonales inadecuadas (57).

Otro determinante importante es la migración femenina, la cual, ha crecido con respecto al pasado, por diversas razones como motivos económicos o sociales. Las mujeres que migran a otros países, en ocasiones, sufren violencia sexual, dejando muchas veces secuelas como enfermedades de transmisión sexual o siendo empleadas como objetos de explotación (60).

Con respecto a las etnias, un bajo nivel de educación, un alto porcentaje de analfabetismo y el habla, únicamente, de su lengua materna, hace que las mujeres de grupos indígenas sean el grupo étnico más vulnerable. Además, su bajo nivel educativo dificulta el acceso a ayuda legal. Los valores y creencias tradicionales por la concepción religiosa o por la escasa información de los derechos, de este grupo de mujeres se encuentran muy relacionado con la normalización de la discriminación del género lo que se corresponde con la violencia en contra de la mujer (60).

## Capítulo 4: Papel de la enfermería en la violencia sexual

La violencia sexual es un grave problema de salud pública, que conlleva un gran número de consecuencias, que se podrían evitar desde una correcta prevención (64).

La prevención primaria se enfoca en personas sanas. Acciones que se realizan previamente a sufrir la enfermedad. Aborda los factores causales o los factores predisponentes de la enfermedad o del problema de salud. Se realiza de forma universal. El objetivo es reducir la incidencia de la enfermedad (65).

La prevención secundaria busca la detección precoz de la enfermedad. Indaga a personas que parecen aparentemente sanas y que podrían tener una enfermedad o un problema de salud para realizar un diagnóstico lo más temprano posible. El objetivo es reducir la prevalencia de la enfermedad (65).

En la prevención terciaria, la persona sufre el problema de salud y se intentan evitar las máximas consecuencias posibles. Se intenta reducir el mayor sufrimiento posible y no padecer recidivas de la enfermedad ya diagnosticada. Es importante el seguimiento del paciente (65).

En estas intervenciones el papel de la enfermería tiene una gran importancia. En la prevención primaria se trabaja la educación, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En la prevención secundaria el diagnóstico y la intervención durante el momento agudo de la vivencia sexual. Y en la prevención terciaria, se interviene en las consecuencias tanto físicas como psicológicas (66).

La principal acción en la prevención primaria es el abordaje de los factores de riesgo mencionados en el capítulo previo. La educación en la igualdad de género es esencial. Desde Infantil, con el aprendizaje de la resolución de problemas; Educación Primaria, comprendiendo y respetando la igualdad de los sexos; Educación Secundaria, para conocer y valorar las mismas oportunidades entre hombres y mujeres; Bachillerato y la Formación Profesional, en los cuales, se contribuye a consolidar la madurez y valorar las desigualdades de sexo; y en la Universidad, que busca la formación, docencia e investigación de la igualdad de género (67).

Otra manera de prevenir la violencia sexual son campañas como las que realiza el Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Prevención del Maltrato en Cantabria (CAVAS) o Federación de Asociaciones de Asistencia a Víctimas de Violencia Sexual y de Género (68)(69).

Además, el Gobierno y las Comunidades Autónomas tienen un papel muy importante, mediante leyes y programas que apoyan la igualdad de género y que rechacen la violencia sexual. (70).

La enfermería para la prevención de la violencia sexual puede incorporar a los estudios de enfermería el fomento de la igualdad y el abordaje de la violencia de género, sensibilizar a los profesionales sobre el impacto que tiene sobre la salud, impartir charlas en distintos lugares para saber cómo prevenir, identificar y tratar la violencia e intentar preguntar en las consultas de manera rutinaria para identificar los casos probables (71).

Por ello, es de gran importancia la educación sexual en enfermería. Puesto que, en ocasiones, se da una escasa información o una información errónea. Una idea que se centra en la sexualidad como el acto de procrear o que se centra en la satisfacción del hombre y la manera de satisfacer de las mujeres que puede incitar a conductas como las agresiones sexuales. Se debe intentar enseñar una salud sexual y reproductiva igualitaria y satisfactoria (72).

La prevención secundaria va dirigida a una detección precoz, y en muchas ocasiones se da en Atención Primaria, por ello, una buena formación puede detectar a tiempo la violencia sexual. Existen unos indicadores de sospecha que se pueden tener en cuenta para la detección precoz. Cuantos más indicadores presenta la mujer, más probable la sospecha de maltrato (73):

- Antecedentes de maltrato infantil o violencia en la familia.

- Hábitos tóxicos como puede ser drogas o alcohol.
- Durante el embarazo o problemas ginecobstetricos: lesiones en el abdomen, visitas tardías o diferentes momentos del embarazo, depresión postparto que no finaliza, petición de anticonceptivos de emergencia.
- Lesiones físicas evidentes como hematomas o fracturas.
- Mujer con unos comportamientos específicos, mirada huidiza, ropa inadecuada para la época del año, nerviosismo, falta de cuidado personal.
- Mujer que acude a la consulta con su pareja y en todo momento le mira para la respuesta de las preguntas por parte del personal sanitario, o es el hombre el que explica lo que le sucede a la mujer y contesta todas las preguntas. Estas mujeres se caracterizan por acudir a los servicios sanitarios en muchas ocasiones, incluso acudir a urgencias repetidamente y de repente dejar de ir a las citas.

La detección precoz de la violencia de género conlleva que las consecuencias físicas y psicológicas sean las mínimas posibles (73).

Según el Programa de Actividades Preventivas de Salud (PAPPS) no es necesario hacer un cribado en toda la población, pero sí valorarlo ante su posibilidad de existencia. No existe una manera ideal de abordar el tema, por lo que hay entrevistas y escalas para detectar casos a tiempo y su nivel de intensidad, por ejemplo (73):

- Woman Abuse Screening Tool: es una escala que detecta de manera rápida y sencilla el maltrato (Tabla 5). Es la escala más utilizada.
- Index Of Spouse Abuse (ISA): contiene 30 ítems, que mide todos los tipos de violencia de género y su gravedad.
- PMWI-SF: mide el trato de violencia psicológica.

**Tabla 5: Woman Abuse Screening Tool versión corta para atención primaria en España**

<b>Versión corta de Woman Abuse Screening Tool</b>	
<b>1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?</b>	Mucha tensión Alguna tensión Sin tensión
<b>2. Usted y su pareja resuelven las discusión con</b>	Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad

**Fuente: Adaptación de la Guía de Práctica Clínica sobre VG de Menéndez *et al.* (74)**

Con respecto a la entrevista, es necesario un clima de confianza, empatía, escucha activa. No resultan efectivas actitudes que juzgan o culpabilizan a la mujer. Se puede la ayudar a tomar decisiones, sin imponer u obligar. Igualmente, se debe tener una gran observación con la comunicación no verbal y las emociones (73).

Se debe seguir una pauta de preguntas, desde más generales a más concretas, hablando directamente sobre el tema de violencia y sin justificar las conductas. Si la mujer acude con sus hijos deben esperar fuera. Además, es importante explicar los primeros signos de los comportamientos que pueden estar sufriendo (73).

Existe un protocolo nacional común posibles preguntas si se sospecha de maltrato por los diferentes indicadores (73):

- “He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted. Veo que: (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?, La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna

situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿Cree que todo está relacionado?”

- Ante sospecha por lesión física: “esta lesión sucede cuando se recibe un golpe, empujón, puñetazo, corte, ¿eso es lo que ha ocurrido?”, ¿su pareja ha utilizado la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo? “,” ¿alguna vez la ha agredido más gravemente?”
- En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados: “Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado: ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Los relaciona con algo? ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?””

Tras la entrevista, se le da la información y la derivación necesaria, apoyando todo lo que decida (73).

La valoración será diferente si existe riesgo vital o si no existe. En el primer caso, se informa del peligro y se le facilitan los números de emergencias, se conoce la situación de la mujer. En el segundo caso depende de la fase en la que se encuentre la mujer (73):

- Precontemplativa: no conoce su situación. Le demostramos nuestra disposición de ayuda y la información sobre el maltrato.
- Contemplativa: comienza a conocer su situación. Se realiza una entrevista motivacional. Mantener consultas de seguimiento.
- Preparatoria: la mujer plantea que la relación no es buena. Entrevista motivacional pero con otras perspectivas y se le apoya los beneficios que pueden tener los cambios.
- Acción: rompe el vínculo. Se explica la fase de recaída, y la elaboración de un plan.
- Mantenimiento: afianzar lo conseguido. Realizar actividades, acudir a redes de mujeres, grupos de apoyo, etc.
- Recaída: analizar los motivos y los retrocesos. Potenciar las actividades sociales.

Con respecto a la bioética, se tienen en cuenta el principio de no maleficencia, evitando prejuicios en las intervenciones y el de beneficencia, buscando el bienestar de la salud. Es importante la privacidad y la intimidad en todo momento, a pesar de que en caso de sospecha, no es una obligación la confidencialidad, por lo que los profesionales sanitarios pueden avisar a las autoridades judiciales (73).

Cada mujer y cada caso es diferente e individualizado, por ello se debe adaptar al abordaje de maneras diferentes (73).

La prevención terciaria trata de conseguir las menores consecuencias posibles y prevenir las recaídas (76).

La Consejería de Sanidad elaboró creó un Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones y Abusos Sexuales. Documenta lo necesario para atender a una paciente que sufre violencia sexual en el servicio de urgencias (77).

En primer lugar, se realiza la **Recepción y Acogida**, en el que enfermería busca un espacio acogedor para que la mujer se encuentre cómoda para explicar lo ocurrido. Se valora la situación en la que se encuentra, se debe realizar una escucha activa, sin juzgar, indicándole que no puede ducharse hasta después de la exploración, prestar toda la ayuda posible, conocer si quiere presentar denuncia a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Si quiere presentar denuncia, avisar al Juzgado de Guardia. Si no quiere presentar denuncia, explicarle los beneficios de hacerlo, dejar constancia en la Historia Clínica de que no quiere presentar denuncia. Si no se encuentra en condiciones de contestar, se actuará igual que si presentara denuncia (77).

En la **Actuación Clínica**, se realiza una Anamnesis con la fecha, hora y lugar; la descripción más precisa posible; que tipo de violencia sexual ha sufrido; si se duchó, orinó, defecó o efectuó



irrigación vaginal; fecha de la última regla o hemorragia; consumo de alcohol y/o drogas; descartar un posible embarazo. Se valora el estado psicológico, manifestaciones somáticas, comportamiento verbal y alteraciones comportamentales y se realiza la exploración física y ginecológica, así como exámenes de laboratorio: estudio cito-bacteriológico, analítica sanguínea y otras muestras necesarias como ropa, pelo, vello púbico o recortes de uñas. Después el tratamiento, se da profilaxis para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH, Hepatitis B y píldora postcoital. Finalmente, se ofrece apoyo psicológico. En la fase aguda, se puede administrar un ansiolítico. En muchas ocasiones es necesario continuar con valoración psiquiátrica o psicológica. Se ingresará a las mujeres que presenten daño físico, genital o psíquico importante (77).

Se continuará en seguimiento para valorar las lesiones físicas, resultados de las pruebas realizadas, el estado psicológico, pruebas a los 10 días y a los 6 meses. Es necesario proseguir con la valoración psicológica por posibles patologías que pueda sufrir (77).

Usualmente, los profesionales sanitarios se centran en las consecuencias físicas y no tanto en las psicológicas. Puede aparecer sufrir síndrome de estrés postraumático, depresión, baja autoestima y mayor probabilidad de suicidio (5%). Asimismo, es importante tener en cuenta la vida social de la mujer, la posibilidad de que pueda sufrir aislamiento o pérdida laboral (78).

El trabajo multidisciplinar es el mejor abordaje. En él la enfermería tiene un papel muy importante por ser considerados personal cercano, empático y crear un vínculo de confianza. Se deben conocer los recursos existentes, así como respetar las decisiones de la mujer, sin actuar de una manera paternalista (78).

Para conseguir una prevención y una valoración importante se deben realizar estudios que avalen la eficacia de los protocolos y tener más formación para prevenir y actuar de forma correcta (78).

## Conclusiones

La violencia es un problema de salud pública reconocido por la OMS que se manifiesta en todos los ámbitos de la vida y sobre cualquier población, siendo una de las más habituales la violencia contra la Mujer en sus múltiples maneras de manifestarse, física, sexual, emocional, económica, psicológica llegando en ocasiones al feminicidio.

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos en diciembre de 1948, En Europa han sido múltiples los pactos, mecanismos y leyes aprobados para afrontar la lucha en igualdad de hombre y mujeres y la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Igualmente, la mayoría de los países han aprobado leyes y convenios para prevenir la violencia contra la mujer y proteger a las víctimas. La Comunidad Autónoma de Cantabria tiene aprobada, desde 2004, una Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas desarrollada a través de un Decreto publicado en 2006.

La violencia sexual puede sufrirla cualquier persona, pero influyen unos factores de riesgo: los Determinantes de Salud y los Determinantes Sociales. La violencia sexual deja numerosas consecuencias, que afectan a la víctima, a sus hijos, a sus familiares, su red social y al sistema sanitario.

La prevención debe abordarse hacia los factores de riesgo, evitando que llegue a ocurrir la acción y si sucede, evitar las mayores consecuencias posibles. La prevención primaria se basa en la educación y en programas de sensibilización. La educación sexual desde la infancia es la manera de sensibilizar en igualdad entre las mujeres y los hombres y abordar la violencia de género. La enfermería tiene un papel muy importante en transmitir conocimientos correctos sobre la salud sexual y reproductiva. La prevención secundaria se da especialmente en Atención Primaria y se basa en la detección precoz. Y la prevención terciaria se basa en conseguir que la mujer tenga las mínimas consecuencias físicas y psicológicas.

Los profesionales sanitarios deberían tener una formación más completa para abordar los casos de violencia sexual de manera óptima e integral, trabajando de manera multidisciplinar para conseguir una estrategia única, apoyando las decisiones que la mujer quiera tomar, evitando juicios de valor e individualizando cada uno de los casos.

En conclusión, la violencia sexual es una pandemia extendida por todo el mundo, que afecta a muchas mujeres y deja un gran número de víctimas con problemas físicos y psicológicos. Las intervenciones deben ser abordadas por personal sanitario adecuadamente preparado.

## Referencias bibliográficas

1. Guedes A, García-Moreno C, Knerr W. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Violencia sexual. Inf Nac sobre Violencia y Salud* [Internet]. 2016 [citado el 29 de noviembre de 2020];167–204. Disponible en: [http://www.svri.org/nacional.pdf%5Cnhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23947&Itemid=270](http://www.svri.org/nacional.pdf%5Cnhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23947&Itemid=270)
2. Fraile Lozano C. Las Agresiones Sexuales en la Historia [Internet]. ADAVAS; 2020. [citado el 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://adavas.org/las-agresiones-sexuales-en-la-historia/>
3. Rapto de las sabinas [Internet]. Mitologia.info. [citado el 29 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mitologia.info/rapto-de-las-sabinas/>
4. Rodríguez-Saavedra A. Similitudes y diferencias de los tribunales ad-hoc para ruanda y la ex -yugoslavia desde una perspectiva feminista. *Universitas*. 2018; (28): 2-18
5. Skjelsbaek I. The Elephant in the Room An Overview of How Sexual Violence came to be Seen as a Weapon of War. *PRIO*. 2010.
6. Villellas A, Urrutia P, Royo JM, Villellas M. Violencia sexual en conflictos armados. *Cuad Construcción Paz*. 2016;27:1–18.
7. Joly M. Las violencias sexuadas de la Guerra Civil española: paradigma para una lectura cultural del conflicto. *Hist Soc*. 2008;61(61):89–107.
8. Mesa E. Violencia sexual como arma de guerra. *Muy Historia*. 2020; (121): 51-55
9. ONU Mujeres. Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres [Internet]. Vol. 21, *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2020; 21; 1–9
10. Hernández M, Hernández V. Agresiones sexuales y violaciones - Especial | EL MUNDO. El Mundo [Internet]. [citado el 5 de diciembre de 2020]; Disponible en: <https://www.elmundo.es/especiales/agresiones-invisibles/>
11. 215.000 casos de violencia sexual en la UE en 2015 [Internet]. The Objective: 2019 [citado el 1 de enero de 2021]. Disponible en: <https://theobjective.com/mas-de-190-000-mujeres-sufrieron-violencia-sexual-en-europa-en-2015>
12. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Eur Union Agency Fundam Rights [Internet]. [citado el 30 de diciembre de 2020] 2012;1(1):4. Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/vaw-survey-results>.
13. Cereceda, J Rodríguez, M López, JJ Sánchez F, Herrera, D Martínez, M et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. Gabinete de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad: Ministerio del Interior. Gobierno de España; 2018 [citado el 4 de enero de 2021]. Diponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/8736571/INFORME+DELITOS+CONTRA+LA+LIBERTAD+E+INDEMNIDAD+SEXUAL+2018.pdf/72779215-38b4-4bb3-bb45-d03029739f5c>
14. López, J Sáchez, F Herrera, D Martínez, F Rubio, M Gil, V et al. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España. Gabinete de Coordinación y Estudios. Secretaría de Estado de Seguridad: Ministerio del Interior. Gobierno de España; 2019 [Internet]. [citado el 30 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/9814700/Informe+sobre+delitos+contra+la+libertad+e+indemnidad+sexual+en+Espa%C3%B1a+2019.pdf/b97661da-5e09-41a0-8341-a667cb5238cd>

15. Delitos sexuales según lugar de condena [Internet]. Instituto Nacional de Estadística [citado el 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=28760#!tabs-tabla>
16. OMS | Violencia [Internet]. WHO. 2015 [citado el 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/violence/es/>
17. OMS | 10 datos sobre la prevención de la violencia [Internet]. WHO 2017 [citado el 7 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/es/>
18. OMS. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Biblioteca Sede de la OPS. 2014. [citado el 8 de enero de 2021].
19. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. [Internet]. 2002 [citado el 5 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
20. Krug E. La violencia puede afectar a cualquiera [Internet]. OMS. 2015 [citado el 10 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/commentaries/violence-prevention/es/>
21. ONU. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Naciones Unidas - Derechos Humanos. 1993 [citado el 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
22. Los derechos humanos de las mujeres y niñas [Internet]. Amnistía Internacional; 2020 [citado el 19 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-de-las-mujeres/>
23. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. Unwomen.org. [citado el 8 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
24. La mutilación genital femenina en España. [Internet] Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género: Ministerio de Igualdad; 2020 [citado el 8 de enero de 2021]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio\\_MGF.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf)
25. Mejía-Rodríguez UP, Bolaños-Cardozo JY, Mejía-Rodríguez A. Delitos contra la libertad sexual. Acta médica Perú [Internet] 2015 [Citado el 28 de diciembre de 2020] ;32(3):169–72. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172015000300007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000300007)
26. Gil M. La violencia sexual como un atentado contra la dignidad de la mujer. RDUNED [Internet] 2015 [citado el 8 de enero de 2021]; (17): 813-832. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/16296/14043>
27. García-López E. Psicopatología de la violencia: repercusiones forenses. [Internet]. Cuidado de México: Manual Moderno; 2019 [consultado el 27 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Qfp6DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=psicopatolog%C3%ADa+de+la+violencia+repercusiones+forenses+pdf&ots=V9\\_YoR4QaO&sig=w9wE2yheRj4jvH02JOH3aNSaSPk#v=onepage&q=psicopatolog%C3%ADa%20de%20la%20violencia%20repercusiones%20forenses%20pdf&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Qfp6DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=psicopatolog%C3%ADa+de+la+violencia+repercusiones+forenses+pdf&ots=V9_YoR4QaO&sig=w9wE2yheRj4jvH02JOH3aNSaSPk#v=onepage&q=psicopatolog%C3%ADa%20de%20la%20violencia%20repercusiones%20forenses%20pdf&f=false)

28. Abuso sexual y violación [Internet]. womenshealth.gov; 2019 [citado el 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/sexual-assault-and-rape>
29. ¿Qué es explotación? [Internet]. Secretaría Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas. [citado el 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.svet.gob.gt/temasdetrabajo/¿qué-es-explotación>
30. Forero NC. Turismo sexual: síntoma de la mercantilización de la vida humana. Cuad Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe. 2015;12(1):73-95.
31. El Matrimonio infantil en el mundo. [Internet] ONG Plan International. [citado el 11 de enero 2021]. Disponible en: <https://plan-international.es/por-ser-nina/campana/matrimonio-infantil>
32. Definiciones y formas de maltrato a las viudas [Internet]. ONU Centro Virtual de Conocimiento para Poner Fin a la Violencia contra las Mujeres y Niñas: 2010 [citado el 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.endvawnow.org/es/articles/75-definiciones-y-formas-de-maltrato-a-las-viudas.html>
33. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. Amnistía Internacional [citado el 12 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/declaracion-universal-derechos-humanos/?gclid=Cj0KCQiArvX\\_BRCyARIsAKsnTxNWjH-CuSiiMkqQdezMHFbxiYwIhlmh2S1s5MMQbZASbMqZqcYHKZoaAv6PEALw\\_wcB](https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/declaracion-universal-derechos-humanos/?gclid=Cj0KCQiArvX_BRCyARIsAKsnTxNWjH-CuSiiMkqQdezMHFbxiYwIhlmh2S1s5MMQbZASbMqZqcYHKZoaAv6PEALw_wcB)
34. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. ONU; 2012 [citado el 12 de enero de 2021]. Disponible en: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)
35. Los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género [Internet]. ONU; 2015 [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/issues/women/wrgs/pages/wrgsindex.aspx>
36. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [Internet]. ONU [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
37. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. ONU [citado el 16 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
38. Convención sobre la eliminación de todas las formas. [Internet]. ONU [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
39. Igualdad de género. [Internet] Naciones Unidas; 2010 [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/gender-equality/index.html>
40. Documentos rectores. [Internet] ONU Mujeres [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/about-us/guiding-documents>
41. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. ONU. 2015 [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
42. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet] ONU. 2015 [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en:

- [https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg\\_goals.html](https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html)
43. La Iniciativa Spotlight. [Internet] ONU. [citado el 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/spotlight-initiative/index.shtml>
  44. Consejo de Europa. Convenio del consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Estambul; 2011
  45. Comisión Europea. Compromiso estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres 2016-2019. Luxemburgo; 2016
  46. Trabajar por una Unión de la Igualdad: La Estrategia para la Igualdad del Género 2020-2025. [Internet]. Comisión Europea; 2020 [citado el 18 de enero de 2021]. Disponible en: [https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy\\_es](https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/gender-equality/gender-equality-strategy_es)
  47. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, número 281, (24 de noviembre de 1995).
  48. Pacto de estado contra la violencia de género. [Internet]. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad. España; 2016 [citado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/FolletoPEVGcastweb.pdf>
  49. Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas. Boletín Oficial del Estado, número 101, (26 de abril de 2004)
  50. Gil E, García I, Merino B, Silva J, Corrochano MJ, Díaz A. Promoción de la Salud: Glosario. [Internet] Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 1998 [citado el 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
  51. Lopategui E. El concepto de salud: Conceptos Básicos [Internet]. Saludmed; 2000 [citado el 25 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>
  52. Gomez, E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG [Internet] 2009 [citado el 1 de febrero de 2021]; 6(1): 10. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
  53. Historia de la salud pública. [Internet]. Preceden; 2012 [citado el 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.preceden.com/timelines/316632-historia-de-la-salud-publica>
  54. Jori G. A Vueltas con los orígenes de la Salud Pública. Poder político y actividad Sanitaria en la Inglaterra de los siglos XVII a XIX. XIII. Universitat de Barcelona [Internet]. 2014 [citado el 2 de febrero 2021]; 77–94. Disponible en: <http://www.ub.edu/geocrit/coloquio2014/GerardJori.pdf>
  55. Cerda Lorca J, Valdivia C. G. John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. Revista Chilena de Infectología [Internet] 2007 [citado el 2 de febrero 2021]; 24 (4) . 331–334. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182007000400014](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182007000400014)
  56. Maclovía A, Lozano M, Hernández N.A, Ramírez L.M, Olvera M, Cebrián C.E, et al. Vista de la trascendencia de los determinantes sociales de la salud “Un análisis comparativo entre los modelos” JONNPR [Internet] 2019 [citado el 29 de enero de 2021]. 4(11): 1051-

1063. Disponible en:  
<https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3065/HTML3065>
57. Marilú M. Prevención de la violación sexual, factores de riesgo en mujeres de 12 a 45 años de edad [proyecto de investigación]. Guatemala de la Asunción; 2019.
58. Avanzando hacia la equidad. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2015
59. Cerón C. Los determinantes sociales de la salud. Univ. Salud [Internet] 2012 [citado el 1 de febrero de 2021]; 14(1):5. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072012000100001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000100001)
60. Caudillo Ortega L, Hernández Ramos MT, Flores Arias ML. Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género. Ra Ximhai. [Internet] 2017 [citado el 2 de febrero de 2021]; 13(2): 87–96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510007.pdf>
61. López García E. La figura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención. Papeles del Psicólogo. [Internet] 2004 [citado el 2 de febrero de 2021];25(88):31–8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808805.pdf>
62. Personalidad sádica [Internet]. Piquiatria.com [citado el 20 de diciembre de 2020 Dec]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/personalidad-sadica>
63. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: Una revisión de meta-análisis y estudios recientes. An Psicol [Internet]. 2016 [citado el 5 de diciembre de 2020 Dec 5];32(1):295-306. Disponible en:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282016000100034](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000100034)
64. La violencia contra las mujeres como problema de salud. [Internet]. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid 2008 [citado el 28 de abril de 2021 Apr 28]. Disponible en: <https://www.mostoles.es/EspacioSaludable/es/escuela-salud/temas-salud/violencia-sexual-mujeres-problema-salud-publica>
65. Martín-Zurro A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. Barcelona; 2011.
66. Navea A. Enfermería psiquiátrica comunitaria [Internet]. Enfermería psiquiátrica. ClinicalKey Students; 2016 [citado el 10 de marzo de 2021] 296-305. Disponible en:  
<https://www-clinicalkey-com.unican.idm.oclc.org/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788490226810000267#hl0000498>
67. Moriana G. Educación en igualdad de género para prevenir la violencia machista [tesis doctoral]. Universidad de Valencia; 2017.
68. Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Prevención del Maltrato Infantil [Internet]. CAVAS [citado el 20 de marzo 2021]. Disponible en:  
<http://cavascan.org/campana-contra-la-violencia-sexual/>
69. Federación de asociaciones de asistencia a víctimas de violencia sexual y de género. [Internet]. Stop Violencia Sexual [citado el 20 de marzo de 2021]. Disponible en:  
<http://stopviolenciasexual.org/>
70. Fernández MC, Herrero S. De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. RCEAP [Internet] 2007 [citado el 20 de marzo de 2021]; (12): 1-6. Disponible en:  
<https://core.ac.uk/download/pdf/13322445.pdf>
71. Rodríguez VF, Hernández A, Olvera G, Casique L. Violencia de género, una oportunidad de cuidado en enfermería desde la teoría de acción comunicativa. Lux Médica [Internet].

- 2018 [citado el 20 de marzo de 2021];13(38):27-36. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/829/804>
72. Luces AM, Tizón E, Porto M, Fernández C. La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. Ene [Internet]. 2014 [citado el 21 de marzo de 2021];8(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
73. Baides R. Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. Enferm Glob [Internet]. 2018 [citado el 21 de marzo de 2021];17(3):497–508. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>
74. Menéndez AI. Guía clínica de Violencia de pareja hacia la mujer. Fisterra. [Internet]. 2020 [citado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/violencia-genero/>
75. Odalys LC, Argudín MR, Zulueta LM, Cano EM, Oquendo V, Slva S, et al. La prevención primaria, secundaria y terciaria en la violencia de género. Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos” [Internet] 2016 [citado el 24 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://monografias.umcc.cu/monos/2016/CUM%20Colon/mo16205.pdf>
76. Sánchez M, Ajo P, Fernández S, Merino AI, Barroso B, Pulido P, et al. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria[Internet]. 2017 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO AGRESIONES SEXUALES CANTABRIA 2017.pdf>
77. Alonso J. Atención enfermera a la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. RCUB. [Internet] 2017 [citado el 14 de abril de 2021];2(2):102–134. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.6/21993>